



# KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW / POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU\*

Obowiązuje od 12.01.2013r.

\* niepotrzebne skreślić

## INFORMACJA O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW

(O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi)

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony/a kiłą, AIDS, żółtaczką zakaźną B lub C. Jeżeli test wypadnie dodatnio, krew nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zarażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie go drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym przypadku nie wolno oddawać krwi, ponieważ może być ona źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne.

**Nie oddawaj więc krwi, jeżeli przez ryzykowne kontakty lub zachowania naraziłeś/aś się na niebezpieczeństwo.**

**Ryzyko stwarzają:**

1. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
2. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
3. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
4. Kontakty seksualne z partnerem/partnerką, których znasz od niedawna.
5. Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
6. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku AIDS, kiły lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio

	TAK	NIE
Czy przeczytał/a Pan/i i zrozumiał/a Pan/i „INFORMACJĘ O CHOROBAH ZAKAŻNYCH DLA KRWIODAWCÓW” ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy był/a Pan/i narażony/a na ryzyko zakażenia? (patrz „INFORMACJA”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można dalej zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowiesz na postawione pytania.

Twoje dane będą poufne. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na zakażenie), zostaniesz o tym poinformowany/a przez lekarza.

**tu nakleić numer donacji**

Wypełnia krwiodawca	<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>Imię ojca:</b>				<b>Imię matki:</b>		
	<b>Data i miejsce urodzenia</b>	<b>PESEL</b>	<b>Numer dowodu tożsamości:</b>						
Wypełnia RCKiK	Badanie lekarskie:	Hb:	Ilość	Kod DS	Kod DT	Do końca dyskwalifikacji	Grupa krwi		
	Ciśnienie:	Waga:	Uwagi lekarza				Ocena surowicy		
	Tętno:	Wzrost:							
	Zakwalifikowano dawcę krwi <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy Zakwalifikowano dawcę szpiku <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy ..... data, podpis i pieczęć lekarza							<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Wypełnia krwiodawca	1. Czy oddawał/a Pan/i krew? Jeżeli tak, w którym roku? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Czy czuje się Pan/i obecnie zdrowy/a?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/i jakieś zabiegi stomatologiczne?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/i lub pozostawała pod opieką lekarza lub miał/a gorączkę powyżej 38°C?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		TAK	NIE
Wypełnia krwiodawca	5. a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/i jakiekolwiek leki (tabletki, zastrzyki, czopki). Dotyczy także leków Proscar® przeciw przerostowi prostaty i Roaccutan® przeciw trądzikowi. Jeżeli tak, to jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Czy w ciągu ostatnich 3 dni przyjmował/a Pan/i leki przeciwzapalne lub przeciwbólowe, np. Piroxicam (Felden), aspirynę, paracetamol, ibuprofen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/i szczepienia? Jeżeli tak, to jakie? ..... Kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Czy zauważył/a Pan/i u siebie następujące objawy: a) <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała b) <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę c) <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Czy choruje Pan/i bądź chorowała na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a Pan/i niżej wymienione dolegliwości? a) <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie), <input type="checkbox"/> dolegliwości ze stron serca <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu Jeżeli tak, to kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wypełnia krwiodawca	b) <input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenia, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> łuszczyca, <input type="checkbox"/> inne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienie, <input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> padaczka <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> choroby nerwowe <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku, <input type="checkbox"/> inne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) <input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka, <input type="checkbox"/> toksoplazma, <input type="checkbox"/> bruceloza, <input type="checkbox"/> gruźlica <input type="checkbox"/> mononukleozę zakaźną, <input type="checkbox"/> gorączka Q, <input type="checkbox"/> Wirus Zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> inne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywaną gastroscopię, biopsję lub inne badania diagnostyczne? Jeżeli tak, to kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/i ciężko albo przeżył/a zabieg operacyjny lub wypadek? Jeżeli tak, to kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/i transfuzję krwi lub jej składników? Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i biorcą przeszczepu (np. rogowki lub innych tkanek)? Jeżeli tak, to jakich? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Czy kiedykolwiek otrzymała/a Pan/i hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Czy ktokolwiek z Pan/i rodziny ciepi/cierpiał na chorobę Creutzfelda-Jakoba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Czy Pan/i w okresie od 01.01.1980r. do 31.12.1996r. przebywał/a łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wypełnia krwiodawca	16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej lub Tajlandii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Czy mieszkał/a Pan/i lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak, to kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Czy chorował/a Pan/i na malarię lub inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, to kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywał/a Pan/i na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi, zgodnie z aktualnym stanem epidemiologicznym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		TAK	NIE
Wypełnia krwiodawca	20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/i: <input type="checkbox"/> tatuaż, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <input type="checkbox"/> depilacje kosmetyczne, <input type="checkbox"/> przekłuwanie uszu lub innych części ciała Jeżeli tak, to kiedy i jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy od ostatniego oddania krwi miał/a Pan/i przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/i żółtaczkę? Jeżeli tak, to kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Czy Pan/i partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/i kontakt z zakaźnie chorym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Czy w ostatnich 6 miesiącach przebywał/a Pan/i w areszcie lub więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/i rezygnację z oddawania krwi? Jeżeli tak to dlaczego i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. Czy wykonuje Pan/i niebezpieczną pracę (np. kierowca autobusu, nurek) lub ma niebezpieczne hobby? Jeżeli tak to jakie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TYLKO DLA KOBIET

Tylko dla kobiet	28. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Oświadczenie

Oświadczam, że podany przeze mnie poniżej adres jest aktualnym adresem, pod który RCKiK w Poznaniu może przesłać korespondencję związaną z ewentualnymi nieprawidłowymi wynikami badań wykonywanych po oddaniu przeze mnie krwi. Jednocześnie zobowiązuję pisemnie poinformować:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, ul. Marcelińska 44, 60-354 Poznań

W terminie 3 dni, o zmianie adresu, jeżeli zmiana adresu nastąpi w ciągu 3 miesięcy od ostatniego oddania krwi, pod rygorem utraty ewentualnych roszczeń wynikających z Kodeksu Cywilnego.

Adres zameldowania	Adres do korespondencji
ul. .... nr.....	ul. .... nr.....
kod ..... miejscowość .....	kod ..... miejscowość .....
województwo .....	województwo .....
telefon .....	telefon .....
adres e-mail .....	

Informujemy, iż podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, którego administratorem jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu.

Na podstawie Art. 32 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883) przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Potwierdzam, że zapoznałem/łam się z powyższą informacją.

data, podpis krwiodawcy .....

**Wyrażam zgodę na zabieg:**

- pobranie krwi pełnej
- pobranie osocza metodą plazmaferezy manualnej
- pobranie osocza metodą plazmaferezy automatycznej
- pobranie krwinek płytkowych metodą trombaferezy automatycznej
- pobranie krwinek białych metodą leukaferezy automatycznej
- pobranie krwinek czerwonych metodą erytroaferezy automatycznej

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju zabiegu i jego częstotliwości oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi. Zostałem/am poinformowany/a o sposobie przeprowadzenia zabiegu pobrania krwi i dających się przewidzieć następstwach dla mojego stanu zdrowia.

Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu ochronę mojego zdrowia jako dawcy i zapewnienie bezpieczeństwa biorcy krwi. Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.

Oświadczam, że otrzymałem w przystępnej formie informacje na temat możliwości przetworzenia oddanego przeze mnie osocza w leki w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych.

Wyrażam zgodę, aby pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane za opłatą do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem do celów klinicznych.

Data ..... Czytelny podpis krwiodawcy .....

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody aby osocze, uzyskane z pobranej ode mnie krwi pełnej lub pobrane ode mnie metodą aferezy, w przypadku niewykorzystania go do celów klinicznych, zostało wydane za opłatą do wytwórni farmaceutycznych, jako surowiec do wytwarzania leków.

Data ..... Czytelny podpis krwiodawcy .....

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego powiadomienia lekarza, który zakwalifikował mnie do oddania krwi – telefon do działu krwiodawców – (61)8863334 lub (61)8863344.

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do terminowego zgłoszenia się do Centrum Krwiodawstwa. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Centrum Krwiodawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Informacja o wynikach badań lub ich nieodebraniu zostanie przekazana do SANEPID-u.

Data ..... Czytelny podpis krwiodawcy .....

**WERYFIKACJA KWESTIONARIUSZA**

Data ..... Podpis osoby sprawdzającej .....

\* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko dawcy ..... Numer donacji .....

PESEL dawcy .....	Typ Dawcy		Typ oddania		Frakcjonator
	Morfologia	IW	P	KR	
Próbka dla serologii: TAK / NIE					Grupa krwi .....

Oświadczam, że podczas wykonywania badań kwalifikacyjnych oraz zabiegów związanych z oddawaniem krwi, osoby pobierające używały wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku w tym również rękawic ochronnych. Sprzęt przeznaczony był tylko dla mnie, a osoba pobierająca w mojej obecności zakładała rękawice ochronne przeznaczone tylko dla mnie.

Nie mam żadnych zastrzeżeń co do sposobu wykonywania zabiegu.

**DZIAŁ LABORATORYJNY**

**DZIAŁ POBIERANIA**

.....  
Data i podpis pracownika hematologii

Sprzęt jednorazowego użytku	Ilość próbek	Objętość oddania ml	Czas trwania donacji	Godzina zakończenia donacji	Kod wagomieszarki	Kod pobierającego	Podpis pobierającego
PR8							
PR5							
PRS	H B						
PRW							
PR2							
HLA							
Seria SJU dla HLA			..... Data oraz czytelny podpis dawcy Imię i nazwisko				

.....  
Data oraz czytelny podpis dawcy  
imię i nazwisko